

## 639-е заседание от 26 марта 2014 г.

**ДОКЛАД: ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЗАДНЕЙ ВИНТОВОЙ ФИКСАЦИИ С1-С11 ПОЗВОНКОВ ПРИ АТЛАНТО-АКСИАЛЬНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА***Парфёнов В.Е., Мануковский В.А., Кравцов М.Н., Савелло В.Е., Тамаев Т.И., Кустов В.В., Тихова К.Е.*

ГБУ СПб «НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург

**Актуальность:** Травматическая атланта-аксиальная дислокация зачастую является показанием к выполнению хирургической коротко-сегментарной фиксации верхнешейного отдела позвоночника. Известные способы проволоочной и крючковой фиксации за дуги позвонков С1—С11 в сочетании со спондилодезом, в сравнении с методами задней винтовой фиксации, имеют существенные недостатки:

- не обеспечивается стабильность при осевом вращении или сдвиге, что приводит к снижению скорости формирования костного блока до 30% случаев, даже при дополнительной иммобилизации halo-аппаратом;
- проведение проволоки может привести к необратимым неврологическим последствиям при нередуцированных вывихах позвонков С1—С11;
- необходимость обязательного использования костного трансплантата;
- главным условием ламинарных систем является целостность задней дуги позвонка С1.

Наиболее распространенными способами задней винтовой фиксации позвонков С1—С11 являются: трансартрикулярная фиксация по Magerl F., Seemann P. (1986) и задняя фиксация винтами по Goel A. — Harms J. (1994, 2001). Несмотря на то что эти способы лишены недостатков ламинарных систем фиксации, проведение винтов в позвонки С1 и С11 сопряжено с риском потенциальных осложнений, наиболее серьезным из

которых является повреждение позвоночных артерий (0,34—2%).

Анализ случаев повреждений позвоночных артерий при проведении винтов в позвонки С1—С11 позволил определить основные причины развития этого осложнения: недоучет индивидуальных особенностей анатомии верхнешейного отдела позвоночника в ходе перидискольного обследования пострадавшего:

- гипоплазия ножек позвонка С2 (5—9%);
- аберрантное прохождение позвоночной артерии — «High-Riding VA» (11,7—23%);
- «сложные» переломы позвонка С11 и значительные атланта-аксиальные дислокации;
- незначительный хирургический опыт.

**Цель доклада:** акцентировать внимание специалистов на варибельной прикладной анатомии области краниовертебрального перехода, возможностях и ограничениях методов задней винтовой фиксации позвонков С1—С11 при травматических атланта-аксиальных дислокациях. Намечить лечебно-диагностический алгоритм у данной категории пострадавших, позволяющий снизить риск развития перидискольных осложнений.

**Выводы:** коротко-сегментарная фиксация является методом выбора при травме верхнешейного отдела позвоночника и достаточно безопасна при тщательном перидискольном планировании больного.

**ДОКЛАД: ВОЗМОЖНОСТИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА***Чечулов П.В., Савелло В.Е., Вараксина Е.А.*

ГБУ СПб «НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург

Развитие сосудистой микрохирургии способствовало более агрессивному подходу в лечении целого ряда заболеваний головного мозга. Однако до сих пор результаты лечения не настолько хороши, чтобы рекомендовать их для широкой клинической практики.

**Цель:** внедрить в повседневную практику низкопоточные и высокопоточные экстра-интракраниальные микроанастомозы (ЭИКМА) для улучшения кровоснабжения головного мозга и предотвращения ишемических изменений. Проанализировать полученные результаты.

**Материалы и методы:** За 2012-2013 гг. в клинике нейрососудистой хирургии было прооперировано 36 пациентов: 26 пациентов с симптомными интракраниальными окклюзиями внутренней сонной артерии (ВСА), 3 пациента с фузиформными аневризмами задней нижней мозжечковой артерии (РІСА), 5 пациентов с окклюзией второго сегмента позвоночной артерии, 1 пациент с опухолью основания головного мозга с вовлечением в процесс ВСА и 1 пациент с гигантской аневризмой кавернозного отдела ВСА. Средний возраст составил 54 года (42—71 год).

36 пациентам было выполнено 37 микрохирургических реваскуляризирующих вмешательств: 29 низкопоточных ЭИКМА ветвью поверхностной височной артерии (преимущественно на М3-сегменте среднемозговой артерии), 1 низкопоточный анастомоз затылочной артерии с

РІСА, 5 высокопоточных анастомозов большой подкожной веной с V3- и V4-сегментами позвоночной артерии и 2 высокопоточных ЭИКМА лучевой артерией на М2-сегменте гомолатеральной среднемозговой артерии.

**Результаты:** Перидискольная и 30-дневная летальность составили 0%. У одного пациента развился малый ишемический инсульт с полным регрессом симптомов к моменту выписки. Проходимость анастомозов составила 97,2%. Перфузионные нарушения по данным СКТ нивелировались у 23 из 26 (88,5%) больных с симптомной окклюзией ВСА. Положительная клиническая динамика по результатам неврологических осмотров в динамике и качества жизни также была зафиксирована у всех 26 пациентов с окклюзией ВСА и у 5 больных с окклюзией V3-/V4-сегментов позвоночной артерии. У пациента с анастомозом РІСА / затылочная артерия и клипированием фузиформной аневризмы РІСА не было зафиксировано ишемических изменений ствола головного мозга и мозжечка по данным МРТ-диффузии. Высокопоточные ЭИКМА на М2-сегменте среднемозговой артерии были проходимы у обоих больных и не сопровождалась ухудшением неврологического статуса.

**Выводы:** Микрохирургическая реваскуляризация головного мозга с использованием как низкопоточных, так и высокопоточных ЭИКМА, достаточно эффективна и сопровождается минимальным количеством осложнений.